



سال چهارم • پاییز و زمستان ۹۷ • شماره ۹

Biannual Journal of Islamic Psychology
Vol. 4, No. 9, Autumn & Winter 2019

اثربخشی کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی

بر سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک اتیسم شهرستان اردکان

ملیحه افخمی اردکانی*

ماریه دهقان منشادی**

چکیده

با توجه به مشکلات سازگاری در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی بر سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک اتیسم بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم در سال ۱۳۹۷ بود که به مرکز راه تربیت شهرستان اردکان مراجعه کردند. از جامعه آماری پژوهش، ۴ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل بود. کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی طی ۸ جلسه آموزش داده شد و پرسشنامه‌ها در جلسه اول (خط پایه)، سوم، پنجم و هشتم درمان، جهت سنجش سازگاری اجتماعی مادران اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل‌نگاره‌ای تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد، کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی بر سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک اتیسم شهرستان اردکان تأثیر معناداری دارد. نتایج نشان داد درمان کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی به بهبود مشکلات روانی مادران کودکان اوتیستیک از جمله سازگاری اجتماعی این کودکان کمک می‌کند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، معنویت درمانی اسلامی، سازگاری اجتماعی، والدین، اتیسم

* دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی یزد

** استادیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی یزد | marieh.dehghan@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۲۹، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۰

اختلال اتیسم یکی از مشهورترین اختلالات فراگیر رشدی دوران کودکی است. این اختلال که بر اساس تحول نابهنجار تعامل اجتماعی و ارتباطی و بر مبنای محدودیت عمده فعالیت‌ها و رغبت‌ها مشخص می‌شود، از وخیم‌ترین و ناشناخته‌ترین اختلالات دوران کودکی است. اختلالات طیف اتیسم با مشکلات در زمینه عملکرد اجتماعی، ارتباطات و وجود رفتارهای تکراری و قالبی مشخص شده است که خانواده‌ها به خصوص مادران، به خاطر مشکلات فراوان این کودکان، از تنش‌ها و فشارهای روانی بسیاری رنج می‌برند (سلیمی، عباسی، زهراکار و داور نیا، ۱۳۹۶).

از سویی، فشارهای روانی حاصل از تولد نوزادانی با نوعی معلولیت و اختلال ذهنی یا جسمی یا رفتاری یا ترکیبی از آن‌ها، بر اعضای خانواده به‌ویژه والدین چندین برابر می‌شود (حسن‌زاده، چرم فروش، افروز، ۱۳۹۴). از این‌رو یافته‌ها نشان می‌دهد والدین و به خصوص مادران کودکان اتیستیک، آسیب‌ها و اختلالات روانی متعددی را تجربه می‌کنند و در ابعاد روانی - اجتماعی با مشکلات بسیاری بخصوص از بعد سازگاری روبرویند (راید - برانت^۱، ۱۹۹۹). وجود مشکلات رفتاری کودکان اتیستیک، مشکلاتی را در پرورش این کودکان به وجود می‌آورد و فشار روانی فراوانی بر والدین این کودکان به خصوص مادران آن‌ها وارد می‌کند. این اختلال تأثیرات شدیدی بر زندگی خانوادگی می‌گذارد که سطوح بالای اضطراب، استرس، انزوا، بلا تکلیفی و مشکل سازگاری در والدین به خصوص مادران کودکان مبتلا به اتیسم، از جمله این موارد است (وب^۲، جونز^۳، مرکل^۴، نمکونگ^۵، توت^۶، گریسون^۷، موریس^۸، داوسون^۹، ۲۰۱۰؛ وبستر^{۱۰}، فیلر^{۱۱}، وبستر^{۱۲}، لول^{۱۳}، ۲۰۰۴). همچنین والدین و به خصوص مادر از اولین کسانی‌اند که با کودک اتیستیک ارتباط برقرار می‌کنند و بیشترین زمان را با کودک سپری می‌کنند. این در حالی است که ابعاد روانی بیماری‌های والدین دارای کودک اتیسم

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1. Ryde-Brandt, B | 2. Webb, S. J |
| 3. Jones, E. J | 4. Merkle, K |
| 5. Namkung, J | 6. Toth, K |
| 7. Greenson, J | 8. Murias, M |
| 9. Dawson, G | 10. Webster, A |
| 11. Feiler, A | 12. Webster, V |
| 13. Lovell, C | |

اغلب نادیده گرفته می‌شود و مادران کودکان اوتیسم مشکلات رفتاری شدید کودک، استرس بیشتر و رضایتمندی کمتر از روابط بین یکدیگر (زن و شوهر) را تجربه می‌کنند (بروب^۱، کلپتون^۲، هندریک^۳، ۲۰۰۹).

در بین مراقبان کودکان اوتیستیک، بیشترین فشار روانی گریبان گیر مادران است. مادران با توجه به ساختار شخصیتی خود، بیشتر احساس مسئولیت و یا گاهی احساس گناه می‌کنند که این موضوع باعث کسب اطلاعات بیشتر در زمینه ناتوانی و معلولیت فرزند و حمایت افراطی از کودک معلول می‌شود. از طرفی چون مادران بیشتر وقت و انرژی خود را صرف کودک می‌کنند، بیشتر از پدران با همسایگان، اطرافیان و فامیل ارتباط داشته و در معرض توضیح دادن وضعیت کودک قرار می‌گیرند و بیشتر برحسب مسائل هیجانی، روابط خانوادگی و خارج از خانواده واکنش نشان می‌دهند (علی‌اکبرزاده و دیگران، ۱۳۹۱). همچنین یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد مادران این کودکان، به حمایت‌های محیطی پاسخ می‌دهند و با کمک گرفتن از دیگران و منابع حمایتی، در نقش مادری خود تغییراتی ایجاد می‌کنند (مختاری و ابوترابی، ۲۰۱۹). به‌علاوه، رضایت مادر از شبکه‌های حمایت اجتماعی، ارتباط مثبتی با مسائل عاطفی و جسمانی وی دارد (تامی^۴، ۲۰۰۶).

هنگامی که والدین و بخصوص مادر با مشکل فرزند خود روبرو می‌شود، درصدد به دست آوردن منابعی اند که آنان را در چگونگی برخورد و سازگاری با این پدیده راهنمایی نمایند. کمک به والدین در جهت سازگاری با شرایط و از طرفی کمک در جهت یافتن علت، به منظور رهایی از احساس گناه و همچنین رفع اختلالات ارتباط خانوادگی و غیره از وظایف مهم مراکز آموزشی، پژوهشی، درمانی و توان‌بخشی و نهادهای اجتماعی است. همچنین آموزش‌هایی در راستای تغییر سازگاری اجتماعی، در بعد استقلال و وابستگی در افزایش سازگاری اجتماعی مادران مؤثر خواهد بود. بعد استقلال و وابستگی بر نحوه ارتباطات افراد، هدف‌ها، ساختار و گسترش ارتباطات در بین مادران دارای کودک معلول تمرکز دارد (رضایی، یحیی زاده و پروین، ۱۳۹۳).

ازاین‌رو، یکی از مسائل مهم مطرح درباره والدین کودکان اوتیسم سازگاری با شرایط پس از تولد کودک است. در دهه‌های گذشته، به مفهوم سازگاری با بیماری، به شدت توجه شده است. تشخیص بیماری‌های مزمن همچون بیماری اوتیسم آغازگر فرایند ارزیابی‌های متوالی و مستمر است تا والدین بیمار با نیازها و محدودیت‌های تحمیل شده از طرف بیماری سازگار شود. سازگاری

1. Brobst, J. B

2. Clopton, J. R

3. Hendrick, S. S

4. Tomey, A. M

خوب به والدین بیمار این امکان را می‌دهد تا تغییراتی را که سلامتی‌شان را تضمین می‌کند را اعمال کند (کرمی، پیری کامرانی، کریمی، ۱۳۹۴). همچنین یکی از ارکان مهم سازگاری، سازگاری اجتماعی است که از ارکان برخورداری فرد از سلامت روان است. به عبارت دیگر اجتماعی شدن، فرآیند دوجانبه ارتباطی میان فرد و جامعه است که ابعاد و جوانب گوناگونی دارد. از جمله این ابعاد کسب مهارت‌های اجتماعی، چگونگی برقراری ارتباط با سایر افراد و سازگاری اجتماعی است (مدرس مقدم، حاتمی، ۱۳۹۳). با حذف حیات اجتماعی از حیات انسانی، آدمی هرگز موفق نمی‌شود خویشتن را بسازد و به اصول و ضوابط و حقوق فردی و اجتماعی آشنا شود؛ اما حیات اجتماعی انسان‌ها در مواردی به علل انگیزه‌هایی، دچار عوارض و اختلالاتی می‌شود (چیمه، پوراغتماد و خرم آبادی، ۱۳۸۶).

ابتلای فرزند به اختلال اوتیسم منجر به انزوای اجتماعی بسیاری از مادران به دلیل احساس خاص بودن و نامطلوب بودن وجود چنین فرزندی می‌شود. از این‌رو به نظر می‌رسد بررسی مشکلات روانی در مراقبان کودکان اوتیسم بخصوص مادران، به دلیل اثرگذاری این مشکلات بر ابعاد گوناگون زندگی کودک و اعضای خانواده، از ضرورت‌های پژوهشی است. همچنین ضروری است که اقدامات درمانی مؤثر در راستای بهبود این‌گونه مشکلات و بخصوص سازگاری اجتماعی والدین کودکان اوتیستک صورت گیرد. این در حالی است که تاکنون پژوهش‌های بسیاری به بررسی بیماری کودکان اوتیسم و اختلالات والدین دارای کودک اوتیسم صورت گرفته است (گرچی، یکتابخش و علامه ۱۳۹۰). از آنجا که میزان سلامت عمومی و کیفیت زندگی (دهقانی و خدابخشی، ۱۳۹۶) در مادران دارای فرزند اوتیسم و نیز اثربخشی درمان‌های گوناگونی چون امیددرمانی گروهی (سرابی، حسن‌آبادی، مشهدی و اصغری نکاح، ۱۳۹۱)، برنامه آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها (ریاحی، کجیاف، ایزدی، اشرافی و نقی نژاد، ۱۳۹۰)، درمان حمایتی و شناختی رفتاری (بونومی^۱، پاتریک^۲، بوشنل^۳ و مارتین^۴، ۲۰۰۰)، بر ابعاد گوناگونی چون کیفیت زندگی و رابطه ولی - فرزندی، استرس، رضایت زناشویی، حل تعارض و مدیریت، اضطراب، افسردگی، استرس، سلامت روان، باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی مالی مادران کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم، بررسی شده است اما تاکنون در زمینه اثربخشی درمان‌های کیفیت زندگی معنامحور بر مشکلات مادران

1. Bonomi, A. E

2. Patrick, D. L

3. Bushnell, D. M

4. Martin, M

کودکان ایتستیک پژوهشی صورت نگرفته است. این در حالی است که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی یکی از درمان‌های مطرح برای بیماری‌های مزمن بوده است. این درمان‌ها با ایجاد حالت روانی مثبت می‌توانند نقش مقابله‌ای، مصون‌سازی و پیشگیری‌کننده در برابر بروز بیماری‌های مختلف و عوارض ناشی از آن‌ها داشته باشند (فریش^۱، ۲۰۰۵). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی ترکیبی از جدیدترین پژوهش‌ها و نظریه‌های مربوط به شادکامی، روان‌شناسی مثبت و مدیریت عواطف منفی را به همراه بصیرت ناشی از کار بالینی و روان‌شناسی مثبت، به شکل مؤثر انسجام بخشیده و استفاده می‌کند. همچنین درمان مبتنی بر کیفیت زندگی مدلی است که به دنبال ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی است. بر اساس این رویکرد درمانی ۱۶ حیطه اصلی زندگی بررسی می‌شود (کلین^۲، ۲۰۱۱). راهبردهای درمانی مبتنی بر مفاهیم کیفیت زندگی گاهی به‌عنوان روش‌های اختصاصی درمان و گاهی به‌عنوان روش‌های مکمل به کار گرفته می‌شوند. افزایش اطلاعات درباره والدین دارای کودک ایتسم همیشه منجر به بهبود رفتارهای خودمراقبتی، کنترل بهتر و سازگاری بیشتر با بیماری نمی‌شود. هنگامی که به جای فقدان دانش یا مهارت، موانع شناختی مربوط به نگرش، اصلی‌ترین موانع خودمدیریتی محسوب می‌شود، مداخله شناختی - رفتاری ضروری می‌نماید. چنین رویکردی ممکن است به‌طور ویژه برای بیمارانی سودمند باشد که در تلاششان برای کنترل بیماری ایتسم، شکست‌های مکرر داشته‌اند و بر این اساس بر این باورند که نمی‌توانند یا توانایی کمی دارند که با مقتضیات درمانی به‌طور بسنده مقابله کنند (کانت^۳، پوسامی^۴، مید^۵، ۲۰۱۸).

از طرفی، نقش معنویت در زندگی انسان‌ها طی سال‌های متمادی در حوزه‌های مختلف علمی، توجه زیادی را به خود جلب کرده است. معنویت یکی از ابعاد زندگی انسانی است و انسان‌ها همواره باورهای معنوی، اعمال، تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات و چالش‌های معنوی خود را دارند (خالقی‌پور، مسجدی، احمدی، ۱۳۹۴). الگوی معنویت درمانی اسلامی، ریشه در آیات قرآن و احادیث دارد که تمایلات دنیوی و اخروی آدمی را در نظر می‌گیرد. معنویت اسلامی به معنای نادیده گرفتن خواسته‌های بشر و سرکوب کردن آن‌ها نیست بلکه آن‌ها را بر اساس هدف خلقت و فطرت انسانی،

1. Frisch, M. B
2. Kline, R
3. Counted, V
4. Possamai, A
5. Meade, T

1. Frisch, M. B
2. Kline, R
3. Counted, V
4. Possamai, A
5. Meade, T

اعتدال و جهت می‌بخشد. معنویت اسلامی، حرکت‌بخشی را گسترش داده، رهبانیت و انزوای باطل را نفی می‌کند، حضور در جامعه و احساس مسئولیت درباره شئون مختلف را تقویت کرده و با سکوت و بی‌تفاوتی منافات دارد. معنویت اسلامی هرگز به خلسه و آرامش تخیلی که به معنای فرار از حقیقت و روی‌گردانی از واقعیت است بسنده نمی‌کند، تعمیق دیدگاه و رشد معرفتی انسان‌ها را دنبال می‌کند، معنویت اسلامی بدون انکار واقعیت درد و رنج، با ارتقای بینش افراد و باز کردن پنجره‌های جدید بر افق ذهن افراد و تبیین حکمت اجزای مختلف زندگی، تحمل دردها و رنج‌های زندگی را که بخشی از واقعیت‌اند برای فرد آسان می‌کند (ورگز، ۲۰۰۸). معنویت و مذهب روش‌هایی برای ساختن معنا دارند که می‌تواند به فرد برای سازگاری، تحمل و پذیرش کمک کند (کجاف، حسینی، قهرمانی و رزایان، ۱۳۹۶). پیشرفت روان‌شناسی و ماهیت پیچیده و پویای جوامع نوین باعث شده است نیازهای معنوی بشر در برابر نیازهای مادی قد علم کرده و اهمیت بیشتری یابد.

از مهم‌ترین دلایل عدم توفیق شیوه‌های تک‌مکتبی در درمان اختلالات روانی، ناتوانی آن‌ها در توجه هماهنگ و یکپارچه به ابعاد چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در مواجهه با مشکلات روانی و ناهنجاری‌های رفتاری است. از این رو پیش‌بینی می‌شود کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی، بتواند منجر به تغییرات مهم و پایداری در ابعاد سازگاری مادران دارای کودک اتیستیک و از جمله سازگاری اجتماعی آنان شود چراکه این درمان با ترکیب کردن ابعاد معنویت اسلامی، به ایجاد تغییرات چندبعدی و پایدار در فرد منجر خواهد شد. این درمان با استفاده از ظرفیت‌های وجودی، فضیلت‌های اخلاقی و ابعاد معناگرایانه انسان، مشکلات سازگاری در زندگی را به واسطه ارتباط با ماورای ماده حل خواهد کرد. در این درمان سعی می‌شود از ظرفیت‌های وجودی، گرایش‌ها، انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در درمان بیماری استفاده شود. آنچه در معنویت درمانی اسلامی حائز اهمیت است، جنبه معناگرایانه آن از نظر اسلامی است که محتوای درمان را شکل می‌دهد و در قالب عبادت دینی تجلی پیدا می‌کند. این تکنیک‌ها در معنویت درمانی اسلامی می‌توانند جنبه رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم و رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و مانند آن تجلی یابند. معنویت در اسلام در سایه عشق به خدا، عبادت، نیایش، عمل خداپسندانه، همدردی و

همدلی با محرومان به ظهور می‌رسد (گری^۱، هالدون^۲، ۱۹۹۲).

بررسی‌های انجام‌شده در پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که تاکنون مطالعات بسیاری در زمینه ابعاد روانی و سازگاری والدین کودکان مشکل‌دار، ارتباط کیفیت زندگی و معنویت درمانی با سازگاری صورت گرفته است. از آن جمله می‌توان به پژوهش گری و هولدن (۱۹۹۲) اشاره کرد که در زمینه بهزیستی روانی - اجتماعی در میان والدین کودکان اوتیسم، دریافتند که این والدین و بخصوص مادران کودکان مبتلا به این اختلال از نظر سازگاری اجتماعی مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند. لانگ^۳ و لی - تسانگ^۴ (۲۰۰۳) در پژوهشی با عنوان کیفیت زندگی والدینی با کودکان مبتلا به ناتوانی، دریافتند ارتباطات اجتماعی و ابعاد محیطی کیفیت زندگی در بین این دو گروه به‌طور معناداری متفاوت است. اورسموند^۵، لین^۶ و سلتزر^۷ (۲۰۰۷) در پژوهشی در زمینه مادران نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اوتیسم، دریافتند والدین کودکان اوتیستیک، سازگاری اجتماعی پایینی دارند و این یافته در بین مادران با شدت بیشتری مشاهده شد (پاندیا^۸، ۲۰۱۸). همچنین از نظر مهارت‌های اجتماعی دچار ضعف‌های متعددی‌اند. پاندیا (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان معنویت برای ایجاد پایداری و مقاومت در مراقبان کودکان اوتیستیک، دریافتند معنویت درمانی، به افزایش صبر و مقاومت در این والدین و بخصوص مادران منجر می‌شود. فلاحی، شیرین‌آبادی فراهانی، رسولی و سفیدکار (۱۳۹۷) نشان دادند که مراقبت معنوی می‌تواند میزان سازگاری نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ را افزایش دهد. کرمی، پیری‌کامرانی و کریمی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش معنویت درمانی بر سازگاری اجتماعی در دانشجویان، دریافتند سازگاری اجتماعی به‌واسطه معنویت درمانی بهبود می‌یابد (یکتابخش، علامه، گرجی، ۱۳۹۴). علاوه بر مطالعاتی که ارتباط کیفیت زندگی و سازگاری را نشان داده‌اند (نوارتا^۹، گارسیا^{۱۰}، ریورول^{۱۱}، سرنا^{۱۲}،

1. Gray, D. E

2. Holden, W. J

3. Leung, C. Y

4. Li-Tsang, C. W

5. Orsmond, G. I

6. Lin, L. Y

7. Seltzer, M. M

8. Pandya, S. P

9. Navarta-Sánchez, M.V

10. García, J. M

11. Riverol, M

12. Sesma, M. E

دیاز^۱، آنات براو^۲، پورتیلو^۳ ۲۰۱۶؛ ماکروس^۴، مک کوبی^۵، ۲۰۰۳؛ دیویسون^۶، جانگری^۷، ۲۰۱۳)، دهقانی (۱۳۹۴) نیز نشان داد که درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند میزان سازگاری زناشویی را افزایش دهد.

از آنجاکه راهبردهای کیفیت زندگی می‌تواند درمانی مکمل باشد، در پژوهش حاضر از روش التقاطی کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی استفاده شده است، بدین معنا که در این روش علاوه بر مبنای درمان کیفیت زندگی، به بعد معنویت از منظر اسلام نیز توجه شده است. در این روش با توجه به اینکه درمان کیفیت زندگی رویکردی است که بر روان‌شناسی مثبت‌نگر استوار است (میکاییلی، مددی، ۱۳۸۶). در این پژوهش ارتباط صحیح با مبدأ هستی، معنایابی و غنای درون از منظر اسلام اضافه شد.

از این رو با توجه به آنچه گفته شد به نظر می‌رسد بررسی ابعاد روانی مشکلات مراقبان کودکان اوتیستیک و از جمله مادران این کودکان که معمولاً مراقب اصلی کودک‌اند و بخصوص بررسی ابعاد گوناگون سازگاری و از جمله سازگاری اجتماعی این مادران و پیگیری اثربخشی درمان‌های چندبعدی، از نیازهای پژوهشی هر جامعه‌ای است، چراکه پژوهش‌هایی از این دست ضمن افزایش گستره اطلاعاتی در کشور، به بهبود سطح کیفی خدمات روان‌درمانی به والدین و بخصوص مادران اوتیستیک و همراه با آن به کاهش مشکلات این کودکان و بار روانی همراه با آن منجر خواهد شد. در این راستا پژوهش حاضر در نظر دارد اثربخشی کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی را بر سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک اتیسم شهرستان اردکان بررسی کند.

روش پژوهش

این پژوهش در چهارچوب مطالعه آزمایشی موردی با استفاده از طرح خطوط پایه اجرا شد. در این طرح شرایط آزمودنی‌ها به دقت کنترل شد و متغیر مستقل نیز به‌طور منظم درباره آزمودنی اعمال شد. در این پژوهش کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی به‌عنوان متغیر مستقل و سازگاری اجتماعی به‌عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: در این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم مراجعه‌کننده به مرکز راه تربیت شهرستان اردکان در سال ۱۳۹۷ بود. از این

1. Díaz de Cerio Ayesa, S

2. Anaut Bravo, S

3. Portillo, M. C

4. McCabe, M

5. Makros, J

6. Davison, S. N

7. Jhangri, G. S

جامعه، تعداد ۴ نفر از مادران کودکان اتیستیک، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود و خروج: ملاک‌های ورود شامل ابتلای فرزند به اختلال اتیسم، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش، در صورت مصرف دارو امکان ثابت نگه‌داشتن نوع و میزان داروی مصرف طی مدت پژوهش با موافقت روان‌پزشک، داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات سوم راهنمایی، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به اختلالات روانی و ملاک‌های خروج، عدم شرکت در جلسات درمانی به مدت حداقل ۲ جلسه و شروع سایر انواع روان‌درمانی‌ها پس از شروع جلسات درمانی پژوهش بود.

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل (۱۹۶۱) استفاده شد. پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل: پرسشنامه سازگاری بل (بل، ۱۹۶۱)، ۱۶۰ سؤال دارد و گزینه‌های آن بله، خیر و نمی‌دانم است که گزینه بله ۱ نمره و خیر صفر نمره دارد. همچنین این پرسشنامه، ۵ مؤلفه؛ سازگاری در خانه، سازگاری شغلی، سازگاری تدرستی، سازگاری عاطفی و سازگاری اجتماعی دارد که بعد سازگاری اجتماعی دارای ۳۲ سؤال است. روایی محتوایی این پرسشنامه در نمونه خارجی ۰/۷۴ و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد. در ایران این پرسشنامه بررسی و هنجاریابی شده است. پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روایی ملاکی آن ۰/۸۰ به دست آمد (مک‌گوئیگان^۱، ۱۹۹۵).

درمان کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت: این درمان با اقتباس از بسته درمانی کیفیت زندگی فریش (۲۰۰۶) و با ترکیب مؤلفه‌های این بسته با آیات، احادیث و روایات مرتبط، در قالب ۸ جلسه تنظیم شد. روایی آن را سه نفر از اساتید متخصص در این زمینه بررسی کردند. محتوای جلسات به اختصار به شرح زیرند:

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت

جلسه	محتوا
اول	برقراری اتحاد درمانی، اجرای پیش‌آزمون، صحبت درباره دو استعاره درباره کوهنوردی، جوجه عقاب، غنای درونی، کیفیت زمان، معنایابی. تمرین: جستجوی بینش
دوم	صحبت از سازگاری، مدل پنج‌گانه رضایتمندی، معنایابی از منظر اسلام. تمرین: کیک شادمانی
سوم	آشنایی با مدل پنج‌گانه رضایتمندی، تکنیک حل مسئله و بارش فکر. تمرین: حل یک مشکل، به روش آموخته‌شده
چهارم	آشنایی با نحوه تغییر نگرش و اهداف، پرسش درباره مرگ خویش. تمرین: تنظیم فعالیت روزانه خود بر اساس اهداف شخصی

جلسه	محتوا
پنجم	صحبت از تغییر اولویت‌ها، ارزیابی مجدد اولویت‌ها و تأکید بر حیطه‌های بسیار مهم و قابل کنترل، تقویت رضایتمندی در حیطه‌هایی که قبلاً بدان توجه نشده است، تکنیک سبک تخم مرغ. تمرین: کیک شادمانی
ششم	افزایش مهارت و آگاهی، بالا بردن کیفیت آگاهی و ارتباط صحیح با مبدأ هستی از منظر اسلام، اصل غنای درونی از منظر اسلام. تمرین: سنجش چگونگی غنا بخشیدن درونی
هفتم	آشنایی با اصل کیفیت زمان، فرصت تنها ماندن، روش‌های آرامش بخش. تمرین: انجام ۵ گام کیفیت زمان درباره یک مورد برانگیختگی
هشتم	تکرار تمرین‌ها و مهارت‌های آموخته شده در مواقع فشارآور، استعاره سوارکاری جهت جلوگیری از عود. تمرین: برگه کاری پیشگیری از عود

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۰ SPSS، از روش‌های آمار توصیفی (محاسبه فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (روش تحلیل نگاره‌ای) استفاده شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۲ نشان داده شده است؛ ۳ شرکت‌کننده متأهل و ۱ نفر بیوه، سن شرکت‌کنندگان به ترتیب، ۳۵، ۴۲، ۳۸ و ۴۸ سال، وضعیت تحصیلی آن‌ها به ترتیب دیپلم، زیردیپلم، لیسانس و زیردیپلم و میزان درآمد آن‌ها نیز به ترتیب پایین، پایین، متوسط و پایین، بود. همچنین جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات مقیاس سازگاری اجتماعی را در مراحل سنجش اول (خط پایه)، دوم، سوم و چهارم نشان می‌دهد. میانگین نمرات مقیاس سازگاری اجتماعی در مراحل سنجش اول (خط پایه)، دوم، سوم و چهارم به ترتیب ۱۲/۵، ۱۴/۲۵، ۱۷/۲۵ و ۲۱/۵۰ و انحراف استاندارد به ترتیب ۲/۳۸، ۲/۷۵، ۲/۶۲ و ۲/۰۸ است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شرکت‌کننده	وضعیت تأهل	سن	وضعیت تحصیلات	میزان درآمد
شرکت‌کننده اول	متأهل	۳۶	دیپلم	پایین
شرکت‌کننده دوم	بیوه	۴۷	زیردیپلم	پایین
شرکت‌کننده سوم	متأهل	۳۴	لیسانس	متوسط
شرکت‌کننده چهارم	متأهل	۴۳	زیردیپلم	پایین

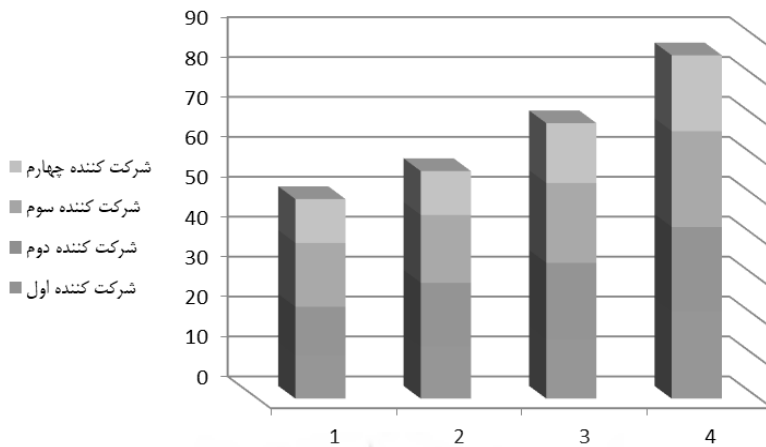
جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات مقیاس سازگاری اجتماعی در مراحل سنجش اول، دوم، سوم و چهارم

مراحل سنجش	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
اول (خط پایه)	۴	۱۲/۵	۲/۳۸
دوم	۴	۱۴/۲۵	۲/۷۵
سوم	۴	۱۷/۲۵	۲/۶۲
چهارم	۴	۲۱/۵۰	۲/۰۸

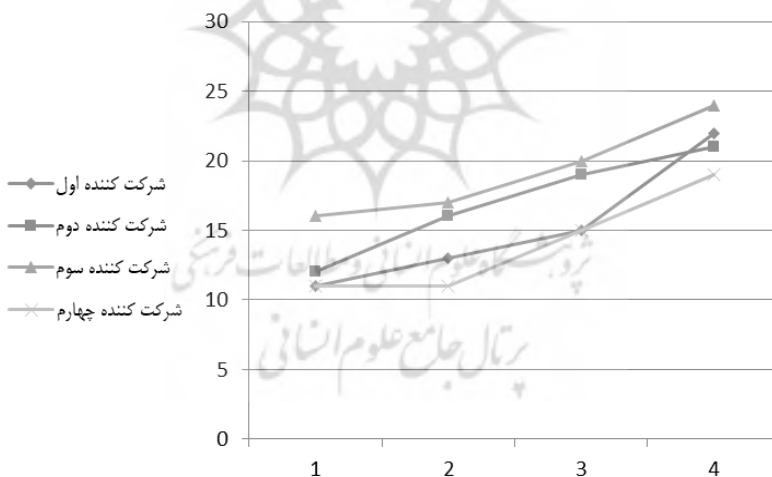
به منظور بررسی فرضیه پژوهش حاضر از روش تحلیل نگراره‌ای استفاده شد. تحلیل نگراره‌ای، فرایندی دیداری است که به وسیله آن، تغییرات حاصل در رفتار به تغییرات منظم متغیر مستقل، نسبت داده می‌شود. انجام این‌گونه نتیجه‌گیری‌ها بستگی به این دارد که تغییرات رفتاری به اندازه‌ای عمیق باشد که بتوان با چشم غیر مسلح آن‌ها را مشاهده کرد؛ بنابراین، روش تحلیل نگراره‌ای روش بسیار حساسی برای تحلیل داده‌ها نیست و این امر از نظر برخی از پژوهشگران، حسن تلقی می‌شود زیرا معتقدند اگر تأثیر متغیر مستقل به اندازه‌ای نباشد که تغییر فراوانی در نمودار ایجاد کند، چنین ارزیابی می‌شود که این تأثیر پایا نیست و بدین ترتیب می‌توانیم از تحلیل آماری خودداری کنیم (اوگلس^۱، لانن^۲، بونستیل^۳، ۲۰۰۱). معمولاً در تحلیل نگراره‌ای، نمرات مربوط به پرسشنامه‌هایی که به صورت پیوسته در جلسات متعدد (در اینجا جلسه اول (خط پایه)، سوم، پنجم و هشتم) اجرا می‌شوند، همراه با هم در نموداری خطی نمایش داده می‌شوند و نمرات پرسشنامه‌هایی که فقط یک بار قبل از درمان، پس از درمان و پیگیری اجرا می‌گردند نیز در نموداری ستونی ترسیم می‌شوند. در این قسمت، به بررسی فرضیه پژوهش پرداخته خواهد شد.

نمودار ۱ و شکل ۱ به مقایسه نمرات چهار شرکت‌کننده در چهار مرحله از سنجش می‌پردازد. شیب نمودار برای هر چهار شرکت‌کننده در پژوهش طی سنجش اول (خط پایه)، دوم، سوم و چهارم سیر صعودی را نشان می‌دهد. از این رو یافته‌ها نشان‌دهنده اثربخشی درمان کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی بر سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک اوتیسم است.

1. Ogles, B. M
2. Bonesteel, K
3. Lunnen, K. M

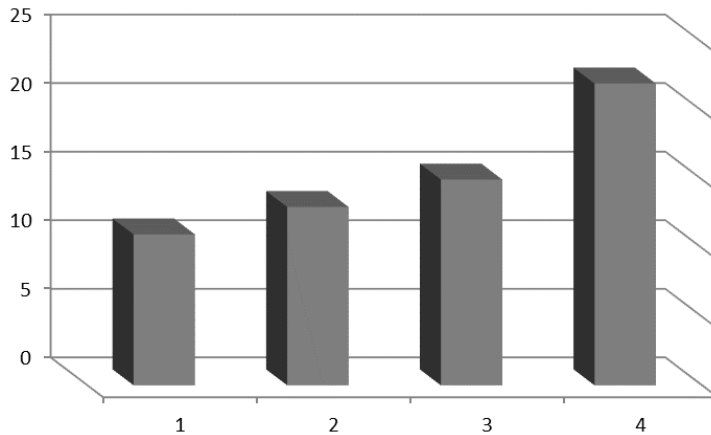


نمودار ۱: نمرات چهار شرکت کننده در مراحل سنجش اول (خط پایه)، دوم، سوم و چهارم



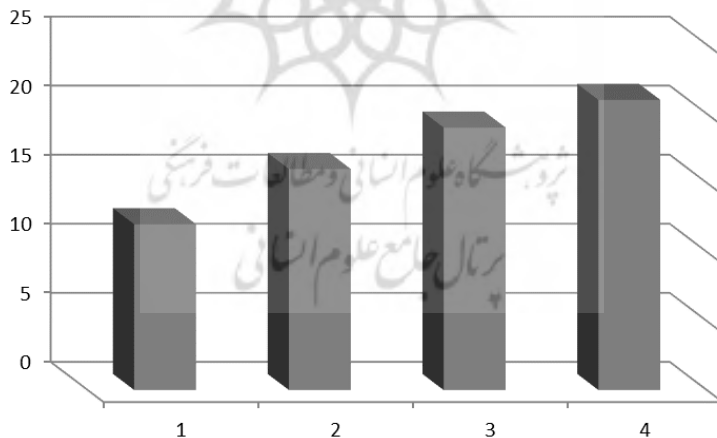
شکل ۱: نمرات چهار شرکت کننده در مراحل سنجش اول (خط پایه)، دوم، سوم و چهارم

یافته‌های حاصل از شکل ۲ نشان می‌دهد، کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی بر سازگاری اجتماعی اولین شرکت کننده مؤثر بوده است به گونه‌ای که نمره سازگاری اجتماعی از ۱۱ در سنجش اول (خط پایه)، به ۱۳ در سنجش دوم، ۱۵ در سنجش سوم و ۲۲ در سنجش چهارم افزایش یافته است.



شکل ۲: نمرات شرکت کننده اول در مراحل سنجش اول (خط پایه)، دوم، سوم و چهارم

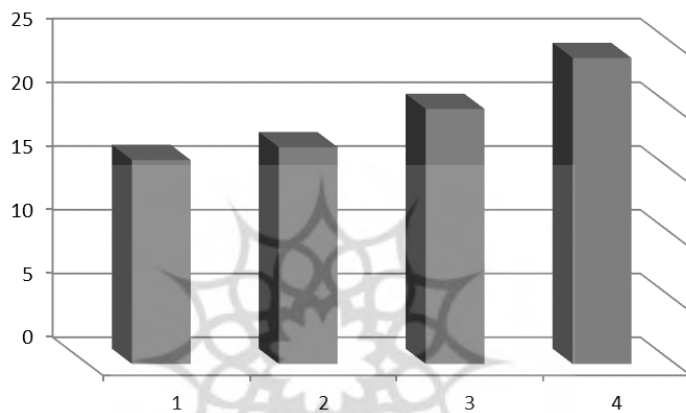
یافته‌های حاصل از شکل ۳ نشان می‌دهد، کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی بر سازگاری اجتماعی دومین شرکت کننده مؤثر بوده است به گونه‌ای که نمره سازگاری اجتماعی از ۱۲ در سنجش اول (خط پایه)، به ۱۶ در سنجش دوم، ۱۹ در سنجش سوم و ۲۱ در سنجش چهارم افزایش یافته است.



شکل ۳: نمرات شرکت کننده دوم در مراحل سنجش اول (خط پایه)، دوم، سوم و چهارم

یافته‌های حاصل از شکل ۴ نشان می‌دهد، کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی بر سازگاری اجتماعی سومین شرکت کننده مؤثر بوده است به گونه‌ای که نمره سازگاری اجتماعی از ۱۶ در سنجش اول

(خط پایه)، به ۱۷ در سنجش دوم، ۲۰ در سنجش سوم و ۲۴ در سنجش چهارم افزایش یافته است. یافته‌های حاصل از شکل ۵ نشان می‌دهد، کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی بر سازگاری اجتماعی چهارمین شرکت‌کننده مؤثر بوده است به‌گونه‌ای که نمره سازگاری اجتماعی از ۱۱ در سنجش اول (خط پایه)، به ۱۱ در سنجش دوم، ۱۵ در سنجش سوم و ۱۹ در سنجش چهارم افزایش یافته است.



شکل ۴: نمرات شرکت‌کننده سوم در مراحل سنجش اول (خط پایه)، دوم، سوم و چهارم



شکل ۵: نمرات شرکت‌کننده چهارم در مراحل سنجش اول (خط پایه)، دوم، سوم و چهارم

همچنین از فرمول $A\% = AO - AI / AO$ = مشکل آماجی در جلسه پیش از درمان؛ $AI =$ مشکل آماجی در جلسه پس از درمان و $A\% =$ درصد بهبودی) استفاده شده است (حبیبی وند، ۱۳۸۷). درصد بهبودی برای هر چهار شرکت کننده در مقیاس سازگاری اجتماعی در جدول ۴ خلاصه شده است.

جدول ۴: درصد بهبودی برای شرکت کنندگان در مقیاس سازگاری اجتماعی

شرکت کنندگان	میانگین نمرات	میانگین نمرات	میانگین نمرات	درصد بهبودی در مرحله	درصد بهبودی در مرحله	درصد بهبودی در مرحله	میانگین نمرات
سنجش اول	نمرات	نمرات	سنجش	در مرحله	در مرحله	در مرحله	سنجش
(خط پایه)	سنجش دوم	سنجش سوم	چهارم	سنجش سوم	سنجش سوم	سنجش سوم	سنجش چهارم
اول	۱۱	۱۳	۱۵	۲۲	۱۸	۳۶	۹۰
دوم	۱۲	۱۶	۱۹	۲۱	۳۳	۵۸	۷۵
سوم	۱۶	۱۷	۲۰	۲۴	۶	۲۵	۵۰
چهارم	۱۱	۱۱	۱۵	۱۹	۰	۲۷	۷۲
کل	۵۰	۵۷	۶۹	۸۶	۱۴	۳۸	۷۲

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۴ در مقیاس سازگاری اجتماعی، درباره هر چهار شرکت کننده، بهبودی فراوانی در پایان درمان مشاهده می شود. درصد بهبودی از مرحله سنجش سوم تا چهارم، چشمگیر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

یافته ها نشان داد کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی بر سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک اوتیسم اثربخش است. درباره هر چهار شرکت کننده، بهبودی فراوانی در پایان درمان مشاهده شد و درصد بهبودی از مرحله سنجش سوم تا چهارم، چشمگیر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش پانديا (۲۰۱۸) و دهقانی (۱۳۹۴) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که پیشرفت روان شناسی و ماهیت پیچیده و پویای جوامع نوین باعث شده است نیازهای معنوی بشر در برابر نیازهای مادی قد علم کرده و اهمیت بیشتری بیاید (رضایی شهسواری و دیگران، ۲۰۱۳). معنویت باعث ایجاد امیدواری، شادکامی، افزایش رضایت از زندگی می شود و فرد را از اضطراب و افسردگی دور می کند و این احساس را ایجاد می کند که با قدرت بی پایانی در ارتباط است که او را از مشکلات حفظ می کند (تمیمی آمدی، ۱۳۸۳). معنویت اسلامی علاوه بر اتکا به توکل، صبر،



گذشت و شکرگزاری، بر حضور فرد در جامعه و احساس مسئولیت نیز تأکید می‌کند که باعث می‌شود به افراد قدرت و توانمندی بدهد تا بتوانند در برابر مشکلات بایستند و با شرایط دشوار سازگار شوند. از این رو کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی به ارائه الگویی مناسب جهت مواجهه با نارضایتی‌ها در تمام حیطه‌ها و ارائه اصول و مهارت‌ها برای کاربرد در هر یک از حیطه‌ها پرداخت و به دنبال آن بود تا مادران را قادر سازد برای افزایش رضایت خویش در حیطه‌های مختلف از این مدل و اصول استفاده کنند. چراکه ارتقاء سطح سلامت روان در این مادران به واسطه درمان‌های اثربخش، به افزایش سازگاری آن‌ها در ابعاد گوناگون و بخصوص بعد اجتماعی منجر می‌شود. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با بهره‌گیری از رویکرد شناختی و رفتاری به تغییر شناخت‌ها و معیارها اقدام کرده و با استفاده از روان‌شناسی مثبت، تفکر مثبت را با تفکر منفی جایگزین می‌کند. از آنجایی که باورها، زیربنای تغییر نگرش‌ها و در نتیجه رفتار فردند و با تغییر رفتار، درمان اثربخش‌تری بر جای می‌ماند، اضافه شدن باورهایی شامل باور به وجود خداوند، باور به معاد و توجه به زندگی پس از مرگ (گری، هولدن، ۲۰۰۳). در درمان کیفیت زندگی، موجب بیداری انسان می‌شود، به او کمک می‌کند تا به اصلاح خود پردازد، فرصت زندگی دنیا را از دست ندهد و خود را برای زندگی جاوید آماده کند. همچنین کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی به فرد آموزش می‌دهد که کیفیت زندگی بالا در گرو نزدیک شدن به خدا است. در این درمان فرد می‌آموزد که با انجام اعمالی که او را به خدا نزدیک می‌کند و پرهیز از ارتکاب به گناه، به افزایش سطح کیفیت زندگی خود از منظر معنوی پردازد. بدین وسیله، یکی از ارکان افزایش کیفیت زندگی در این درمان برقراری روابط بین فردی سالم و ثمربخش است که به خودی خود و به واسطه هم‌نشینی فرد با افرادی که به اعتقاد دین، نماد صالحان‌اند، سطح سازگاری اجتماعی در فرد افزایش خواهد یافت.

همچنین یکی از مشکلاتی که مادران شرکت‌کننده در پژوهش با آن مواجه بودند تحریف واقعیت بود که افسردگی و خلق پایین را برای آن‌ها به همراه داشت. این در حالی است که یکی از موارد مطرح شده در درمان کیفیت زندگی توجه به موضوع واقع‌گرایی است (کلین، ۲۰۱۱). در این درمان به مادران آموزش داده شد که موقعیت غالباً به آن بدی که ما فکر می‌کنیم نیست و باید رویدادها را به‌طور واقع‌گرایانه ارزیابی کرد و اینکه به جای تمرکز بر افکار منفی که ناشی از تحریف واقعیت و یا سیاه‌نمایی‌های ذهنی است، لازمه حرکت در زندگی، رهایی از افکار منفی خواهد بود.

همچنین با اشاره به سوره مبارکه ضحی، از محاسن و پیامدهای مثبت اندیشی در ابعاد معنوی صحبت شد و این که هرکس اطمینان داشته باشد آنچه خداوند برایش تقدیر کرده است به او می‌رسد دلش آرام می‌گیرد (مجلسی، ۱۳۸۰). از این رو افزایش سازگاری اجتماعی در مادران شرکت‌کننده می‌تواند ناشی از افزایش مثبت اندیشی و در نتیجه بالا رفتن خلق و افزایش گرایش به ایجاد تنوع در فعالیت‌ها به‌عنوان پیامدی از خلق باشد که این فعالیت‌ها، فعالیت‌های اجتماعی را نیز می‌تواند دربرگیرد.

عدم اولویت‌بندی در زندگی از دیگر مشکلات مادران کودکان ایتیتیک بود. در این راستا برای آن‌ها توضیح داده شد که افراد پیچیده‌اند و افرادی که به یک یا دو حیطه زندگی فقط نیازمند باشند انگشت شمارند. از این رو کسی که تمام انرژی خود را صرف مراقبت از فرزندانش می‌کند و سایر نیازهای اساسی مثل تفریح، ارتباط، عبادت را نادیده می‌گیرد در معرض آسیب است. همچنین مطرح شد که رسول اکرم صلی الله علی و آله می‌فرمایند خردمند ساعات خویش را به چهار قسمت تقسیم می‌کند: ۱ - راز و نیاز با خدا ۲ - محاسبه نفس ۳ - آموختن علم ۴ - استفاده از لذت‌های مشروع (مجلسی، ۱۳۸۰). از این رو کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی به آن‌ها آموخت که باید احساس تمرکز و آرامش داشته باشند و از لحاظ درونی احساس خوبی پیدا کنند، کسی که در درون احساس خوبی دارد می‌تواند در جهت رسیدن به شادمانی به دیگران هم کمک کند (کلینی، ۱۳۷۹) و روابط گرمی با دیگران برقرار کند. به‌علاوه در این درمان اصل غنای درونی مطرح شد. از منظر اسلام بالا بردن کیفیت آگاهی و ارتباط صحیح با مبدأ هستی مدنظر است و غنای درونی به معنای استراحت کافی و مراقبت از جسم خویش شامل ورزش‌های منظم، ایجاد تعادل، نیایش و برنامه‌ریزی است و اینکه فرد خود را غرق در مسئولیت‌ها و برنامه‌های کاری نکند. همچنین بر برقراری روابط اجتماعی و گسترش شبکه‌های ارتباطی تأکید شد و نیز مطرح شد که بهره‌مندی از تجارب دیگران در زندگی منجر به افزایش غنای درونی خواهد شد. به‌علاوه در روایات اسلامی مطرح شده است که مؤمن با برادر مؤمنش آرامش پیدا می‌کند، چنان‌که تشنه با آب خنک آرامش می‌یابد (مجلسی، ۱۳۸۰).

به‌علاوه، معنویت باعث خوش‌بینی و اعتماد به نفس می‌شود و پناهگاه امنی در حوادث و طوفان‌های زندگی به شمار می‌آید. مذهب و معنویت شیوه‌هایی برای ساختن معنایند که به توانایی فرد در سازگاری، تحمل و پذیرش کمک می‌کنند (ورگیز، ۲۰۰۸). اعتقاد به معاد و اینکه انسان برای

آخرت آفریده شده است، تحمل شدايد و مصائب را آسان می‌کند، زیرا گذشته از اینکه اتفاقات دنیوی نتیجه قضا و قدر الهی است، صبر و شکیبایی در مقابل مصائب نیز دارای اجر عظیمی است. انسان شکیبا ارزش خود را بر اساس دستاوردهای خود در این دنیا، ملاک قرار می‌دهد. بنابراین عواملی از قبیل توکل به خداوند، صبر، قناعت، نگرش مثبت به آینده، اعتقاد به معاد و مانند آن که در سایه ایمان به خداوند و رابطه عمیق، نزدیک و خالصانه با او محقق می‌شود، می‌توانند باعث آرامش فرد شوند (گری، ۱۹۹۲). همچنین در طی جلسات درمان کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت، به مادران آموخته شد که خدایی حکیم گرداننده امور است و او خیرخواه بندگانش است. از این رو طرح این دیدگاه با کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی در مادران (برای نمونه برعهده گرفتن مسئولیت تمامی مشکلات کودک اتیستیک)، به ایجاد زمینه‌ای برای کاهش تنش و افزایش میزان شادی به‌عنوان مؤلفه‌ای از درمان کیفیت زندگی منجر می‌شود. در این درمان با رویکردی معنوی محاسن شادی مطرح می‌شود و اینکه شادی باعث انبساط روح و ایجاد وجد و نشاط می‌شود (مک‌گویگان، ۱۹۹۵). بدین وسیله مادران شادتر روابط مفیدتری در کارهای روزمره دارند و موفقیت بیشتری را در زندگی تجربه می‌کنند. همچنین افزایش شادی، میزان سازش فرد را با موقعیت‌های گوناگون از جمله موقعیت‌های اجتماعی، افزایش داده و به‌خودی‌خود منجر به احساس شادی بیشتر خواهد شد.

کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی با کمک به؛ شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموختن راهبردهای پذیرش هیجان‌های مثبت و منفی، اصلاح باورهای نادرست در خصوص هیجان‌ها و آموزش باورهای صحیح، زمینه را برای شناسایی، ثبات و مدیریت عواطف و هیجانات فراهم می‌سازد و در نتیجه عواطف منفی آنان کاهش می‌یابد. در همین راستا کسانی که در این دوره‌ها شرکت می‌کنند، در زمینه‌هایی چون سازگاری با انواع مشکلات عاطفی و هیجانی، کمتر دچار مشکل می‌شوند. این توانایی عاطفی سبب می‌شود که آن‌ها در مقابل فشارها و تکان‌های عمل و ناملایماتی که در پیش رو دارند، مقاوم و ایمن شوند. همچنین آموزش‌هایی چون آموزش مدیریت هیجانات در طی درمان کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت، به خودکنترلی در فرد منجر می‌شود و خودکنترلی یکی از عوامل مؤثر بر سازگاری اجتماعی است. افزایش سطح شناسایی احساسات افراد سبب افزایش قدرت ارزیابی محرک‌های محیطی و بالا رفتن قدرت برقراری روابط عاطفی و ابراز همدلی می‌شود و از این طریق، امکان تعامل سازنده فرد با محیط را

فراهم می‌آورد (بشارت، صالحی و شاه مرادی، ۱۳۸۸). به‌علاوه آموزش شیوه‌های حل مسئله با رویکرد معنامحور به افزایش قدرت حل مسائل و مشکلات بین‌فردی و سازگاری اجتماعی بیشتر منجر خواهد شد. ضمن آنکه آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی باعث می‌شود که مادران بتوانند با فرزندان خود رابطه سالم‌تری برقرار سازند؛ چراکه توانایی برقراری رابطه‌ای خوب توأم با کنترل عواطف منفی باعث می‌شود که مادران بتوانند به شیوه مطلوب‌تری نیازهای فرزند خود را درک کنند و بر همین اساس به شیوه مطلوب‌تری پاسخگوی نیازهای ویژه آنان باشند.

عدم برخورداری از کیفیت زندگی مطلوب، بر ارتباطات بین فردی نیز اثرگذار است و سبب می‌شود که فرد سازوکارهای مقابله و سازگاری نامؤثر را به کار گیرد و در نتیجه موجب افزایش تنش در آن‌ها می‌گردد. از این‌رو درمان کیفیت زندگی با افزایش کیفیت در ابعاد مختلف زندگی، به افزایش سطح تحمل پریشانی در مادران منجر خواهد شد. این در حالی است که معنویت در اسلام دارای مضمون حکمت‌گرایی مبتنی بر دخالت نیرویی فرا انسانی (خداوند متعال) در امور انسان‌ها است. تکیه بر ارزش‌های معنوی نظیر اعتماد، ارزشمندی و کرامت انسان، باور به اهداف مثبت و مطلوب در زندگی انسان شکلی از اعتماد و به دنبال آن تأثیرگذاری معنوی را فراهم می‌کند (گری، ۲۰۰۰).

کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی مطرح می‌کند که مدل شادکامی، حاصل دستیابی به اهداف و کسب رضایت است (کلینی، ۱۳۷۹). همچنین این درمان به افراد در تعیین اهدافی متناسب با شرایط خود کمک می‌کند و نیز مطرح می‌کند که در نهایت رضایت واقعی در هر عملی رضایت الهی است. به‌علاوه در این درمان از لذت‌های حلال به‌عنوان عامل نیرومندی انسان و کمک گرفتن برای امور دین و دنیا یاد می‌شود (بشارت و همکاران، ۱۳۸۸). در زمینه شادی‌های معنوی به مناجات با خدا اشاره می‌شود. همچنین به مادران آموخته شد که با تغییر دادن مواردی مانند روابط خود، محل زندگی و محل کار، چالش‌های بی‌مورد را در زندگی به خود حداقل برسانند.

آموزش مهارت‌های همدلی در ترکیب با رویکرد معنوی در طی این درمان باعث ارتقای همدلی در مادران می‌شود و افزایش همدلی به‌عنوان متغیری واسطه‌ای، متعاقباً شایستگی‌های اجتماعی و روان‌شناختی آن‌ها را بالا می‌برد و بدین‌وسیله شبکه‌های اجتماعی متعددی در پیرامون فرد شکل گرفته و مادران می‌توانند به طرق مختلف از وجود آن‌ها در مواقع بحران و تنش‌های روانی استفاده کنند. معنویت در اسلام در سایه همدردی و همدلی با محرومان به ظهور می‌رسد (کجباف و همکاران، ۱۳۹۴). آموزش همدلی با رویکردی معنوی به مادران کودکان اتیستیک، با افزایش همدلی



مادر، نه تنها با افرادی خارج از حیطه زندگی شخصی بلکه مهم‌تر از همه با افزایش همدلی نسبت به فرزند ایتستیک خود، ضمن افزایش سازگاری مادران با شرایط و مطالبات متعدد اجتماعی، با فراهم کردن حمایت‌های اجتماعی برای این مادران، می‌تواند پیامدهای مهم‌تری چون افزایش سطح کیفی روابط والد فرزندی را در مادران به همراه داشته باشد. همچنین تجربه همدلی مادران کودکان ایتستیک با افراد سالم، در افزایش همدلی با فرزند نیز می‌تواند اثربخش باشد. کاهش تنش و فشارهای روانی در ارتباط مادر با کودک ایتسم، به افزایش رضایتمندی مادر و افزایش میل به برقراری روابطی خارج از محدوده خانواده منجر می‌شود و مادر را از احساس تهایی و انزوا به واسطه داشتن کودک ایتستیک خارج خواهد کرد.

در نهایت می‌توان گفت درمان به شیوه گروهی، خود می‌تواند تأثیر مثبتی در افزایش سازگاری داشته باشد؛ چراکه در درمان گروهی افراد با آگاهی از مشکلات مشابهی که دیگران دارند، فشار روانی کمتری احساس کرده و به فرد در استفاده از راهبردهای انطباق با شرایط موجود کمک منجر می‌کند. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلال ایتسم دچار واکنش انکار، سردرگمی، خشم و افسردگی می‌شوند اما وجود بعضی مشکلات جسمی و رفتاری کودک با داشتن موارد مشابه در اطرافیان واکنش خفیف‌تری را در این مادران ایجاد می‌کند (بکتابخش و همکاران، ۱۳۹۴). به عبارت دیگر قرار گرفتن مادران دارای کودکان ایتستیک در کنار هم به آن‌ها آموخت که در این جامعه تنها نیستند و افرادی دیگر مشابه با آن‌ها با مشکلاتی دست‌وپنجه نرم می‌کنند. همچنین قرار گرفتن این مادران در کنار هم فرصتی برای طرح تجارب شخصی و نیز بهره‌مندی هریک از تجارب دیگری بود. از این رو به واسطه ایجاد احساسات خوشایند در جمعی صمیمانه و تجربه گروه با رویکردی منطبق با مشکلات شخصی آن‌ها، در پایان جلسات درمانی هریک از این مادران تغییرات محسوسی را در رویکرد و نگاه خود به روابط اجتماعی احساس می‌کردند.

هر پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. در پژوهش حاضر، تعداد کم شرکت‌کنندگان که امکان تعمیم‌پذیری و بسط نتایج را با مشکل مواجه می‌کند، استفاده از پرسشنامه‌هایی با رویکرد خودگزارشی به دلیل احتمال سخت‌انگاری در دادن اطلاعاتی از خود و یا دادن اطلاعات نادرست و نیز عدم مقایسه کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی با سایر انواع روان‌درمانی‌ها جهت تعیین درمان اثربخش‌تر، از محدودیت‌های پژوهش بود. در این راستا به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود با افزایش تعداد نمونه امکان تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش دهند. به علاوه استفاده از

سایر رویکردهای ارزیابی به پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد. همچنین اثربخشی کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی را بر سایر مشکلات اجتماعی مراقبان کودکان اوتیستیک بررسی کرده و کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی را با سایر رویکردهای روان‌درمانی مقایسه کنند. ضمن آن که با توجه به اثربخشی کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی بر سازگاری اجتماعی مادران دارای کودک اوتیسم، به دست‌اندرکاران در حوزه سلامت روان خانواده‌های دارای کودکان اوتیستیک پیشنهاد می‌شود از این درمان جهت بهبود مشکلات اجتماعی مادران کودکان اوتیستیک بهره‌گیرند. علاوه بر این، مراکز آموزشی در حوزه تعلیم و تربیت روان‌درمانگران، می‌توانند با تدوین دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی کیفیت زندگی مبتنی بر معنویت درمانی اسلامی و فراهم کردن شرایط برگزاری این دوره‌ها، شرایط را برای پرورش روان‌درمانگرانی با تخصص‌های کاربردی در حوزه سلامت روان خانواده‌های دارای کودکان اوتیستیک فراهم آورند.

در پایان از کلیه کسانی که در اجرای این پژوهش اثرگذار بودند، به‌ویژه دست‌اندرکاران مرکز راه تربیت شهرستان اردکان تشکر و قدردانی می‌کنم.

فهرست منابع

بشارت، محمدعلی؛ صالحی، مریم؛ شاه‌محمدی، خدیجه؛ نادعلی، حسین و زبردست، عذرا (۱۳۸۸). رابطه تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی در ورزشکاران.

روان‌شناسی معاصر، ۳ (۲). ۳۸ - ۴۹.

تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد (۱۳۸۱). غررالحکم و دررالکلم، تهران: دانشگاه تهران.

چیمه، نرگس؛ پوراعتماد، حمیدرضا و خرم‌آبادی، راضیه (۱۳۸۶) مشکلات و نیازهای مادران کودکان مبتلا به اوتیسم. خانواده پژوهی، ۳ (۱۱). ۶۹۷ - ۷۰۷.

حبیب‌وند، علیمراد (۱۳۸۷). رابطه جهت‌گیری مذهبی با اختلالات روانی و پیشرفت تحصیلی. روان‌شناسی دین. ۳ (۴). ۷۹ - ۱۰۶.

حسن‌زاده، سعید؛ چرم‌فروش جلالی، لیلا؛ دوابی، مهدی و افروز، غلام‌علی (۱۳۹۴) طراحی و ارزیابی اثربخشی برنامه آموزشی تنیدگی زدایی بر تنیدگی والدینی و رضایتمندی زناشویی والدین دارای کودک ناشنوا. ۶ (۲). ۱۰۰ - ۱۱۳.

خالقی پور، شهناز؛ مسجدی، محسن و احمدی، زهرا (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر سبک زندگی و گلبول‌های سفید خون محیطی سالمندان افسرده، پژوهش در سلامت



- روان‌شناختی، ۱۰(۳). ۱۶ - ۲۹.
- دهقانی، زینب و خدابخشی کولایی، آناهیتا (۱۳۹۶). اثربخشی امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان معتاد. آموزش و سلامت جامعه. ۴(۱). ۲۸ - ۳۴.
- دهقانی، یوسف (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گرهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق سوء‌مصرف کنندگان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی بوشهر. ۱۹(۳). ۴۱۱ - ۴۲۴.
- رضایی، حسین؛ یحیی زاده، حسین و پروین، ستار (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر و جرئت‌مندی بر سازگاری اجتماعی دانشجویان علوم پزشکی، مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی، دوره ۱، شماره ۳، ۱۵ - ۳۰.
- سرابی، ملیحه (۱۳۹۰). تأثیر آموزش والدین بر خودکارآمدی مادران کودکان اوتیسم، اصول بهداشت روان، ۱۳(۴۹). ۸۴ - ۹۳.
- سرابی، ملیحه؛ حسن‌آبادی، حسین؛ مشهدی، علی و اصغری‌نکاح، محسن (۱۳۹۱). تأثیر برنامه آموزش والدین و پروراندن مهارت‌ها، بر استرس مادران کودکان اوتیسم، خانواده پژوهی، ۸(۳۱). ۲۶۱ - ۲۷۲.
- سلیمی، آرمان؛ عباسی، امین؛ زهراکار، کیانوش و داورنیا، رضا (۱۳۹۶). تأثیر امید درمانی به شیوه گروهی بر تاب‌آوری مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم، ارمان زندگی، ۲۲(۳). ۳۵۰ - ۳۶۳.
- علی‌اکبرزاده، زهرا؛ تقوی، ترانه؛ شریفی، ناهیددخت؛ نوغانی، فاطمه؛ فقیه زاده، سقراط و خاری‌آرایی، مجید (۱۳۹۱). تأثیر آموزش بر سازگاری اجتماعی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر بر اساس تئوری سازگاری روی. فیض. ۱۶(۲). ۱۳۴ - ۱۲۸.
- فلاحی، سحر؛ شیرین‌آبادی فراهانی، اعظم؛ رسولی، مریم و سفیدکار، ریحانه (۱۳۹۷). بررسی تأثیر مراقبت معنوی بر اعتمادبه‌نفس نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. غدد درون ریز و متابولیسم ایران. ۳(۲۰)، ۱۲۷ - ۱۳۴.
- کجباف، محمداقرا؛ حسینی، فریبا؛ قمرانی، امیر و رزازیان، نازنین (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سردرد تنشی. روان‌شناسی بالینی، ۱۹(۱). ۲۱ - ۳۸.
- کرمی، جهانگیر؛ پیری کامرانی، مرضیه و کریمی، پروانه (۱۳۹۴). تأثیر آموزش معنویت درمانی

بر سازگاری اجتماعی در دانشجویان، فصلنامه اخلاق، ۱۱(۱۷). ۱۸۰ - ۲۰۰.
 کلینی، محمد بن یعقوب (۱۳۷۹)، الکافی، تهران، دارالکتب الاسلامیه.
 گرجی، رضا؛ یکتابخش، سرور و علامه، معصومه (۱۳۹۰). سلامت عمومی و کیفیت زندگی
 مادران با کودکان اوتیسم. دانش استثنایی، ۱(۱۲۳). ۱۳ - ۱۹.
 مجلسی، محمدباقر (۱۳۸۰) بحارالانوار، بیروت: دارالاحیاء.
 مدرس مقدم، علی اکبر و حاتمی، جواد (۱۳۹۳). مقایسه میزان سازگاری اجتماعی در کودکان نابینا
 و عادی در مدارس ابتدایی شهر مشهد. طلوع بهداشت یزد. ۱۳(۱). ۱۰۴ - ۱۱۴.
 میکاییلی، فرزانه و مددی، زهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه هوش هیجانی - اجتماعی و سازگاری
 اجتماعی در دانشجویان دارای حکم انضباطی و مقایسه آن با دانشجویان بدون حکم دانشگاه
 ارومیه. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی. ۳(۱۱). ۱۰۴ - ۱۲۶.

Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Quality of life measurement: Will we ever be satisfied? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 19-23.

Brobst, J. B., Clopton, J. R., & Hendrick, S. S. (2009). Parenting children with autism spectrum disorders: The couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(1), 38 - 49.

Counted, V., Possamai, A., & Meade, T. (2018). Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 75.

Davison, S. N., & Jhangri, G. S. (2013). The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health - related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *Journal of pain and symptom management*, 45(2), 170 - 178.

Frisch, M. B. (2005). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. John Wiley & Sons.

Gray, DE, & Holden, W.J. (1992). Psycho - social well - being among parents of children with autism. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 18, 83-93.

Howcroft, J., Klejman, S., Fehlings, D., Wright, V., Zabjek, K., Andrysek, J., & Biddiss, E. (2012). Active video game play in children with cerebral palsy: potential for physical



- activity promotion and rehabilitation therapies. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(8), 1448 - 1456.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Leung, C. Y. S., & Li - Tsang, C. W. P. (2003). Quality of life of parents who have children with disabilities. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 13(1), 19 - 24.
- Makros, J., & McCabe, M. (2003). The relationship between religion, spirituality, psychological adjustment and quality of life among people with multiple sclerosis. *Journal of Religion & Health*, 42, 143-159.
- McGuigan, S. M. (1995). The use of statistics in the *British Journal of Psychiatry*. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5), 683 - 688.
- Mokhtari, M., & Abootorabi, F. (2019). Lived experiences of mothers of children with cerebral palsy in Iran: A phenomenological study. *Child & Youth Services*, 40 (3), 224 - 244.
- Navarta - Sánchez, M. V., García, J. M. S., Riverol, M., Sesma, M. E. U., de Cerio Ayesa, S. D., Bravo, S. A., & Portillo, M. C. (2016). Factors influencing psychosocial adjustment and quality of life in Parkinson patients and informal caregivers. *Quality of Life Research*, 25(8), 1959 - 1968.
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical psychology review*, 21(3), 421 - 446.
- Orsmond, G. I., Lin, L. Y., & Seltzer, M. M. (2007). Mothers of adolescents and adults with autism: Parenting multiple children with disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(4), 257 - 270.
- Pandya, S. P. (2018). Spirituality to build resilience in primary caregiver parents of children with autism spectrum disorders: A cross - country experiment. *International Journal of Developmental Disabilities*, 64(1), 53 - 64.



- Ryde - Brandt B. Anxiety and defence strategies in mothers of children with disabilities. *Br J Soc Psychol* 1990; 63:183 - 92. 26
- Rezaee Shahsavarloo, Z., Lotfi, M. S., Taghadosi, M., Mousavi, M. S., Yousefi, Z., & Amirhosravi, N. (2015). Relationship between components of Spiritual well - being with hope and life satisfaction in elderly cancer patients in Kashan, 2013. *Journal of Geriatric Nursing*, 1(2), 43 - 54.
- Tomey, A. M. (2006). Nursing theorists of historical significance. *Nursing theorists and their work*, 54 - 67.
- Verghese, A. (2008). Spirituality and mental health. *Indian journal of psychiatry*, 50(4), 233.
- Webb, S. J., Jones, E. J., Merkle, K., Namkung, J., Toth, K., Greenson, J., & Dawson, G. (2010). Toddlers with elevated autism symptoms show slowed habituation to faces. *Child Neuropsychology*, 16(3), 255 - 278.
- Webster, A., Feiler, A., Webster, V., & Lovell, C. (2004). Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. *Journal of early childhood research*, 2(1), 25 - 49.

